FORMULARIO N°_____

ESTE FORMULARIO DEBE SER ENVIADO EN ARCHIVO PDF AL CORREO contabilidad@medicinalegal.gov.co donde será numerado consecutivamente.

Para facilitar el proceso administrativo y financiero y tramitar correctamente las cuentas, le solicitamos el diligenciamiento de la siguiente información. Se debe adjuntar certificado de existencia y representación legal de la empresa en el caso de personas jurídicas, cédula de ciudadanía en caso de personas naturales y fotocopia legible del RUT actualizado.

Ciudad y Fecha: Neiva, 20 Marzo 2020 *NIT* X *C. C.*___ *No.* 900.846.370-6
Nombre o Razón Social CONTROL SERVICES ENGINEERING S.A.S
*Entidad Pública*_____ *Si marco X escriba el Código asignado por la Contaduría Pública*_____.
Dirección Principal Cll 16 # 9-48 *Ciudad:* Neiva *Teléfono* 3174371506.
*Página WEB*_____ *CORREO ELECTRONICO:* controlservicesing@gmail.com

1. Marque con una X si ante la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales es:

a) Contribuyente del impuesto de renta X
b) Gran contribuyente ___ *Resolución* _____
c) Responsable del IVA X
d) Autor retenedor de renta ___ *Resolución* _____
e) Retenedor de IVA ___ *Resolución* _____
*f) Régimen Simple de tributación*_____

2. Por la Administración de Impuestos Distritales o municipales como:

Contribuyente de Industria y Comercio SI X *NO* ____
Actividad económica Principal: Código C3312. *Código CIIU* C3312 *Tarifa* _____

NOTA: Si es responsable de ICA, en otras ciudades, relacionar en anexo.

3. Para efectuar el pago o abono se puede realizar mediante traslado o consignación en la cuenta:
Cte. X *Ahorro* ___ *No* 339050008574 *Banco* Agrario de Colombia *Ciudad* Neiva,
Sucursal Oficina principal.

NOTA : El titular de la cuenta bancaria debe coincidir con el nombre o razón social del proveedor. – Para actualizar la información se debe enviar el documento original a la Cr 13 6 A 97 piso 1 Edificio Docencia Bogotá.

REPRESENTANTE LEGAL

NOMBRE: Adolfo Manjarres Pinaco.
*FIRMA:*_____ *C. C.* 80.777.737 *DE* Bogotá D.C.
FECHA 20 marzo 2020

Uso exclusivo del Grupo Nacional de Gestión Contable y de Costos

*Creación y/o actualización en SIAF:Funcionario:*_____,*Firma:*_____*Fecha*_____,*Dependencia:*_____

Creación y/o actualización en SIIF: Funcionario: _____,*Firma:*_____*Fecha*_____*Dependencia:*_____

Scanned with CamScanner